

様式第 1 号(第 2 条関係)

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者登録届出書

年 月 日

(宛先)志摩市長

(届出者)所 在 地  
事業者名称  
代表者氏名

介護保険住宅改修費等受領委任払い取扱事業者の登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|                   |                 |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
|-------------------|-----------------|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|
| 営 業 の<br>形 態      | 法人 ・ 個人         |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
| 事 業 者<br>所 在 地    | (〒            ) |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
| 事 業 者<br>名 称      | フリガナ            |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |
| 電話番号              |                 |  |  |  |  | F A X 番号       |  |  |  |  |  |
| 登録を受けようとするサービスの種類 |                 |  |  |  |  | 住 宅 改 修        |  |  |  |  |  |
|                   |                 |  |  |  |  | (介護予防)特定福祉用具販売 |  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号         |                 |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |

(介護予防)特定福祉用具販売の登録を行う場合は介護保険事業所番号を記載してください。

|         |         |      |  |
|---------|---------|------|--|
| 振込口座の登録 |         |      |  |
| 金融機関名   |         | 店舗名  |  |
| 口座種目    | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人   | フリガナ    |      |  |